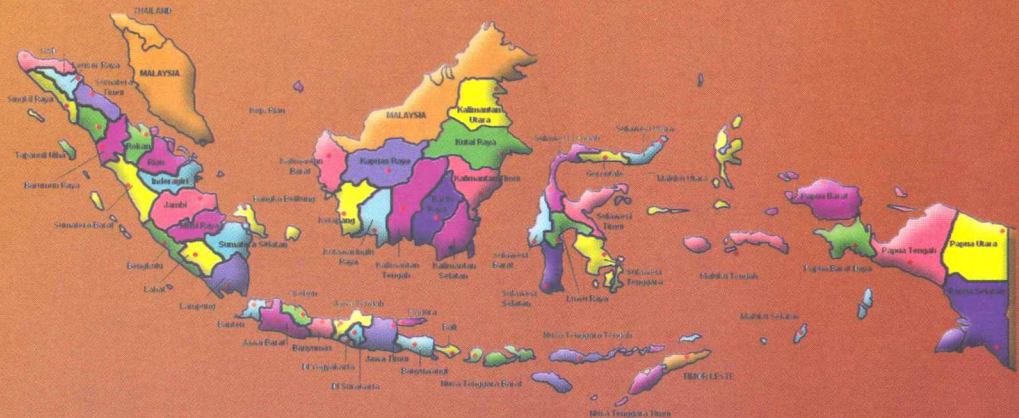
# BUKU III

## DAFTAR PERTANYAAN
## YANG SERING DITANYAKAN DAN JAWABANNYA
## TENTANG
## PENANGGULANGAN DAERAH BERMASALAH KESEHATAN
## (PDBK)

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
2011

**DAFTAR PERTANYAAN**

**YANG SERING DITANYAKAN DAN JAWABANNYA**

***(FREQUENT ASK QUESTION/FAQ)***

**TENTANG**

**PENANGGULANGAN DAERAH BERMASALAH KESEHATAN (PDBK)**

- **Apakah IPM (Indeks Pembangunan Manusia) – HDI (Human Development Index) itu ?**
- **Apakah IPKM (Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat) itu ?**
- **Apakah Daerah Bermasalah Kesehatan itu?**
- **Apakah Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan itu?**
- **Bagaimana melakukan Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan dengan Pendampingan oleh Pendamping itu? Apa Indikator Keberhasilannya?**

**IPM (INDEKS PEMBANGUNAN MANUSIA) – HDI (HUMAN DEVELOPMENT INDEX)**

1. adalah Salah satu ukuran yang sering digunakan untuk membandingkan keberhasilan pembangunan sumber daya manusia antar negara. Indeks ini merupakan indikator komposit yang terdiri dari indikator: (i) Kesehatan (umur harapan hidup waktu lahir); (ii) Pendidikan (angka melek huruf dan angka partisipasi sekolah); serta (iii) Ekonomi (pengeluaran riil per kapita).
2. Selama ini IPM Indonesia selalu menempati peringkat di atas 100, tertinggal dibanding dengan beberapa negara tetangga di kawasan ASEAN dan Australia;
3. Bappenas, BPS, dan UNDP secara berkala juga menerbitkan IPM menurut Propinsi di Indonesia, yang sejak 2004 sampai dengan 2007 terus meningkat secara rerata Indonesia, tetapi Propinsi DKI Jakarta selalu menempati urutan tertinggi; sedangkan urutan terendah adalah NTB pada tahun 2004 yang kemudian digantikan oleh Papua secara berturut-turut sejak 2005-2007 meskipun Indeksnya terus meningkat.
4. Urutan juga dibuat menurut Kabupaten/kota.
5. IPM di Indonesia sudah dipakai sebagai acuan untuk menilai keberhasilan pembangunan. Oleh karena itu Daerah telah menjadikan kesehatan, pendidikan, dan ekonomi sebagai pilar pembangunan; dan menjadikannya prioritas pembangunan daerah, sebagai upaya meningkatkan nilai IPM, kemudian melakukan akselerasi pembangunan atas tiga urusan itu untuk mengungkit Rangking IPM.

**IPKM (INDEKS PEMBANGUNAN KESEHATAN MASYARAKAT)**

1. Untuk bidang kesehatan, indikator yang mewakili dalam IPM adalah umur harapan hidup waktu lahir. Bagaimana caranya meningkatkan umur harapan hidup, sulit dijawab dengan pasti. Oleh karena itu diperlukan serangkaian indikator kesehatan lain yang diperkirakan berdampak pada kesehatan yang pada gilirannya meningkatkan umur harapan hidup waktu lahir. Inilah salah satu alasan dimunculkannya Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM).
2. IPKM (Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat) adalah indikator komposit yang menggambarkan kemajuan pembangunan kesehatan, dirumuskan dari data kesehatan berbasis komunitas yaitu:
    a. Riskesdas (Riset Kesehatan Dasar)
    b. Susenas (Survei Ekonomi Nasional)
    c. Survei Podes (Potensi Desa)

    IPKM merupakan indeks komposit yang dirumuskan dari 24 indikator kesehatan yang dikumpulkan dari ketiga survei tersebut.
3. Dua puluh empat (24) indikator kesehatan terpilih yang berasal dari Riskesdas, Susenas dan Podes tersebut berdasarkan kesepakatan para pakar diberikan bobot tertentu sesuai dengan criteria: (i) Mutlak; (ii) Penting; serta (iii) Perlu. Indikator MUTLAK mempunyai bobot 5 (11 indikator), indikator PENTING mempunyai bobot 4 (5 indikator) dan indikator PERLU mempunyai bobot 3 (8 indikator), sebagai berikut :

| Bobot/Arti | Indikator |
|---|---|
| 5 → Mutlak | 1. Prevalensi balita gizi buruk dan kurang<br>2. Prevalensi balita pendek dan sangat pendek<br>3. Prevalensi balita kurus dan sangat kurus<br>4. Proporsi rumah tangga dengan akses air bagus<br>5. Proporsi rumah tangga dengan akses sanitasi bagus<br>6. Proporsi penimbangan balita yang rutin |

| Bobot/Arti | Indikator |
|---|---|
| | 7. Cakupan kunjungan neonatus I<br>8. Cakupan imunisasi lengkap<br>9. Rasio dokter terhadap puskesmas<br>10. Rasio bidan terhadap desa<br>11. Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan |
| 4 → Penting | 12. Prevalensi balita gemuk<br>13. Prevalensi penyakit diare<br>14. Prevalensi penyakit hipertensi<br>15. Prevalensi penyakit pneumoni<br>16. Proporsi cuci tangan dengan benar |
| 3 → Perlu | 17. Prevalensi gangguan mental emosional<br>18. Prevalensi merokok<br>19. Prevalensi penyakit gigi dan mulut<br>20. Prevalensi penyakit asma<br>21. Prevalensi disabilitas (bermasalah dan sangat bermasalah)<br>22. Prevalensi cedera<br>23. Prevalensi penyakit sendi<br>24. Prevalensi penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Akut |

4. Dengan indicator tersebut, maka setiap Kabupaten/Kota memiliki nilai Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat, dimana nilai 0 (nol) adalah Nilai Terburuk, dan nilai 1 (satu) adalah Nilai Terbaik, berdasarkan nilai tersebut maka tersusunlah Rangking IPKM Kabupaten/Kota; IPKM Rerata Nasional adalah 0,508629 dengan simpang baku sebesar 0,092642. IPKM Terendah adalah 0,247059 (Kabupaten Pegunungan Bintang, Propinsi Papua), dan tertinggi adalah 0,708959 (Kota Magelang, Provinsi Jawa Tengah).

5. Mengingat rerata IPKM Kabupaten dan IPKM Kota berbeda secara bermakna, maka analisis untuk menentukan model intervensi perlu dipisahkan analisis

untuk kabupaten dan analisis untuk kota. Perbedaan rerata IPKM Kabupaten dan IPKM Kota adalah sebagai berikut :

| **Sebaran** | **Rerata IPKM** | | |
|---|---|---|---|
| | **Kabupaten + Kota** | **Kabupaten** | **Kota** |
| Rerata IPKM | 0,508629 | 0,482541 | 0,608678 |
| Simpang Baku | 0,092642 | 0,083391 | 0,047058 |
| Nilai IPKM terrendah | 0,247059 | 0,247059 | 0,467303 |
| Nilai IPKM tertinggi | 0,708959 | 0,706451 | 0,708959 |

Kondisi ini pula yang menjadi acuan dalam menetapkan Daerah Bermasalah Kesehatan (DBK).

**DAERAH BERMASALAH KESEHATAN (DBK)**

1. Daerah Bermasalah Kesehatan (DBK) adalah kabupaten atau kota yang mempunyai nilai IPKM **diantara rerata sampai dengan – 1 (minus satu) simpang baku, tetapi mempunyai nilai kemiskinan (Pendataan Status Ekonomi/PSE) diatas rerata** (masing-masing untuk kelompok kabupaten dan kelompok kota).
2. Daerah Bermasalah Kesehatan Berat (DBK-B) adalah kabupaten atau kota yang mempunyai nilai IPKM **lebih rendah dari rerata IPKM – 1 (minus satu) simpang baku.**
3. Daerah Bermasalah Kesehatan Khusus (DBK-K) adalah kabupaten atau kota yang mempunyai **masalah khusus**, seperti misalnya yang terkait dengan:
    a. Geografi, yaitu daerah terpencil, perbatasan dan kepulauan. Data selengkapnya dapat dilihat pada lampiran 6.
    b. Sosial budaya, yaitu tradisi atau adat kebiasaan yang mempunyai dampak buruk terhadap kesehatan. Misalnya tradisi sei untuk bayi baru lahir di Kabupaten Timor Tengah Selatan, tradisi sifon di NTT, dll. Data selengkapnya baru didapat tahun 2012 setelah selesai dilakukan riset khusus, yaitu pemetaan nasional kultur budaya lokal yang berdampak pada kesehatan.
    c. Penyakit tertentu yang spesifik di daerah tersebut, misalnya Fasciolopsis buski di Kabupaten Hulu Sungai Utara Provinsi Kalimantan Selatan, Schistosomiasis di sekitar Danau Lindu Provinsi Sulawesi Tengah, dll.

**PDBK (PENANGGULANGAN DAERAH BERMASALAH KESEHATAN)**

1. Adalah upaya kesehatan **terfokus, terintegrasi, berbasis bukti**, dilakukan **secara bertahap** di daerah yang menjadi prioritas bersama kementerian terkait, dalam **jangka waktu tertentu**, sampai **mampu mandiri** dalam menyelenggarakan kewenangan pemerintahan di **bidang (urusan wajib) kesehatan seluas-luasnya.**
2. *Terfokus* – sesuai upaya kes prioritas Kabinet Indonesia Bersatu – II; *Terintegrasi* - dalam perencanaan, penganggaran, dan penerapan; *Berbasis evidence* - sesuai hasil Riskesdas, Podes, PSE; *Bertahap* - dimulai kab/kota terburuk di bidang kesehatan; *Dalam jangka waktu tertentu* – tidak selamanya, sesuai tingkatan bermasalahnya; sesuai azas stewardship, concurrent; *Mampu mandiri* - dalam konteks kelembagaan, ketatalaksanaan, SDM; *Kewenangan seluas-luasnya* – sesuai azas desentralisasi
3. *Tahapan* – untuk tahap awal Pendampingan -DBK diprioritaskan pada 8 (delapan) Propinsi yang memiliki lebih dari 50 % Kabupaten/Kota dengan Kriteria DBK/DBK-B/DBK-K, yaitu : Aceh, Nusa Tenggara Barat, Nusa Tenggara Timur, Sulawesi Tenggara, Sulawesi Tengah, Gorontalo, Sulawesi Barat, Maluku, Papua Barat, dan Papua (Dua provinsi terakhir inilah yang Penanggulangannya di bawah koordinasi Bappenas); kabupaten memperoleh perhatian lebih dibandingkan dengan kota; dan kabupaten baru hasil pemekaran kabupaten DBK (setelah tahun 2007) memperoleh prioritas yang sama.
4. Kepada 8 (delapan) Propinsi tersebut dilakukan pendampingan oleh para pendamping yang ditugaskan oleh Menkes.

## PENDAMPING DAN PENDAMPINGAN

### A. PENDAMPING :

1. **Seorang Mentor :**
    a. Guru, pembimbing, penasehat
    b. Berbuat dengan sepenuh kemampuannya dan dengan cara yang penuh simpati terhadap orang yang didampingi
    c. Katalis, karena itu lebih merupakan seni ketimbang ilmu pengetahuan
    d. Bukan berarti ahli yang maha hebat tanpa mempunyai keraguan, kekurangan, atau kekeliruan
    e. Pada dasarnya : mengenai pengembangan 'bersama' yakni yang diberi saran berkembang bersama dengan Sang Mentor.

2. Pendamping adalah Pendamping, Bukan Pengganti; dari Pusat tetapi Bukan Bos, bisa ditugasi untuk semua tugas yang membantu Daerah; Harus mengetahui Profil Nyata Daerah (tersirat maupun tersurat) tetapi Bukan Investigator (Pemeriksa Fungsional); Berpengalaman tetapi Bukan Jagoan untuk semua masalah; sedikit orang tetapi Dapat Menyambungkan Daerah dengan Para Pihak yang diharapkan; Pendengar yang Baik dan Bukan Pembocor 'Rahasia Manajemen';

3. **Tim Pendamping Pusat, dipimpin oleh Ketua Tim / Eselon-I, dan dibagi dalam Tim Propinsi yang dipimpin oleh Eselon-II** untuk masing-masing Propinsi DBK, yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan; Tim ini diharapkan memiliki pengalaman ('kemampuan') dan berlatarbelakang lengkap/komplit, terdiri dari unsur : program, unit/ struktur, usia, latar belakang pendidikan sehingga diharapkan saling melengkapi. Tim ini disinergikan dengan penugasan **Pembinaan Wilayah** bagi setiap Eselon-I;

4. **Semua Anggota Tim adalah Pemangku Jabatan,** struktural maupun fungsional, bukan tenaga yang hanya bertugas sebagai pendamping; tetapi Pendampingan bukan tugas sampingan, justru melalui pendampingan ini ditingkatkan pelaksanaan tupoksinya sebagai pejabat structural dan fungsional;

5. **Mandiri, dalam konteks Tim**; kemandirian administratif dan teknis; Pendamping akan mengurus dirinya sendiri, sehingga secara material maupun non-material tidak 'mengganggu' daerah, bahkan berusaha keras 'membantu' daerah; secara teknis mampu mengatasi masalah kesehatan, meskipun bukan ahli, apalagi karena fungsinya sebagai pendamping-bukan pengganti, pelaksana teknis adalah petugas-petugas daerah; semua geraknya berada dalam koordinasi Tim: Tim Propinsi, bahkan Tim Pusat.

6. **Tim Pendamping Propinsi,** diharapkan pada Dinas Kesehatan Propinsi terdapat Tim yang secara terus menerus berhubungan / sebagai mediator dengan Tim Pusat; Tim ini adalah Pejabat Struktural yang dibantu oleh Staf; tidak terlalu besar keanggotaannya; tidak akan berperan dominan, bukan eksekutor program/kegiatan; Tim inilah yang merealisasikan prinsip bahwa pendampingan terus-menerus bukan hanya pada saat Tim Pusat 'bertemu' dengan Daerah;

7. **Tim Pendamping Kabupaten/Kota,** begitu pula di Dinas Kesehatan Kabupaten sama dengan di Dinas Kesehatan Propinsi.

## B. PENDAMPINGAN :

### 1. NON-MATERIAL :

a. Manfaatkan tenaga yang ada, jangan cepat berpikir perlunya tambahan PNS Baru;
b. Manfaatkan kemampuan / kapasitas yang ada, jika diperlukan diberikan pelatihan atau didukung dengan alat bantu;

c. Ikuti regulasi yang ada, jika diperlukan berikan usulan modifikasi/ perbaikan/ kelengkapan regulasi yang dapat diproses cepat oleh pihak yang terbatas;
d. Tingkatkan Pola Hubungan antar pihak : antar level adminsitrasi (Pusat-Propinsi-Kab/Kota-Puskesmas & Jaringannya), antara unsure petugas/pemerintah dengan masyarakat dan dunia usaha, antar Kementerian / Lembaga pusat dan Dinas/Badan daerah;
e. Sumber Pembiayaan : 1) yang ada (APBD, BOK, Jamkesmas, Jampersal, dan sumber lainnya), 2) peluang pembiayaan melalui Program/Kegiatan Kementerian / Lembaga lain dan atau Dinas / Badan Lain yang bersifat terbuka (bagi semua urusan termasuk Urusan Wajib Kesehatan), maupun masyarakat dan dunia usaha;
f. Pembinaan dan Pembimbingan yang diperbaiki;
g. Monitoring dan evaluasi yang diperbaiki, dan pemanfaatan hasil-hasilnya untuk perbaikan periode berikutnya

2. **MENTORING** :
   **a.** Usaha pencarian bersama –pembelajaran bersama,
   **b.** usaha pencarian kolektif –memberikan saran akan bekerja dengan baik bila mentor -fasilitator, memfokuskan perhatiannya kepada membangun, bukan kepada menyombongkan diri,
   **c.** bukan prestasi seorang diri, bukan transaksi satu arah –dari ahli kepada orang yang masih baru atau orang yang dianggap tidak ahli,
   **d.** kepemimpinan strategis dan pembelajaran yang mengandung esensi utama proses belajar bersama, bagi mentor dan manager daerah

**3. MEDIA DAN JADUAL PENDAMPINGAN :**
   a. **Pertemuan Langsung** antara Pendamping (seorang atau tim) dengan Kabupaten DBK (Pimpinan maupun staf, perorangan maupun kolektif);
   b. **Melalui** Surat-menyurat, komunikasi cepat, maupun media lain,
   c. Bertempat di **Pusat** maupun di **Kabupaten/Kota DBK** ataupun **tempat lain** yang disepakati,

d. Pada prinsipnya pendampingan **berlangsung setiap saat**, tidak terputus antara pendamping dan Kabupaten DBK;

4. **JANGKA WAKTU** :
   a. Tidak mudah menentukan jangka waktu lamanya pendampingan, dapat disepakati antara Pusat dan Daerah,
   b. Kalau bisa disepakati untuk jangka pendek 3-5 tahun, untuk jangka Panjang Lebih 5 tahun.
   c. Pada saatnya Kabupaten DBK harus mandiri, dan mengubah hubungan dengan Pendamping dari hubungan pendampingan menjadi hubungan koordinasi saja.
   d. Kabupaten DBK akan mempertahankan setiap Capaian, bahkan terus ditingkatkan, bahkan ketika sudah mencapai IPKM Tinggi dan Rangking IPKM Tinggi

5. **CAKUPAN PENDAMPINGAN :**
   a) Pendampingan terhadap Kabupaten/Kota DBK dilakukan oleh **Tim Pendamping Propinsi** yang ditetapkan untuk **SETIAP PROPINSI, Satu Propinsi, Satu Tim**. Setiap Tim Propinsi merupakan bagian dari Tim Pendamping Pusat.
   b) Pengaturan pendampingan kepada **masing-masing Kabupaten/Kota** DBK ditentukan oleh Tim
   c) Rencana Pendamping dan Pendampingan **disepakati oleh Ketua Tim dengan Pimpinan Dinas** Kesehatan Kabupaten/Kota DBK
   d) Pendampingan dilakukan :
      1) terhadap : (a) semua tahapan pembangunan kesehatan, (b) semua jenis langkah kegiatan, (c) semua wilayah di Kabupaten/Kota DBK, (d) semua hubungan dengan para pihak;
      2) jenis pendampingan : sesuai kebutuhan; dan
      3) semua gerak pendampingan itu merupakan hasil kesepakatan bersama antara Pendamping dan Pimpinan Dinas Kesehatan Kabupaten/kota DBK;

6. **HUBUNGAN DENGAN PROSES DI DAERAH :**

   a. Pendampingan **mengikuti tahapan yang secara reguler terjadi** di daerah, baik dalam Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi; tetapi mengindarkan diri dari nuansa suasana monoton;

   b. Kreatifitas Lokal yang disepakati antara Pendamping dan Kabupaten DBK diterapkan mengikuti kerangka pelaksanaan di Kabupaten DBK; modifikasi yang menyebabkan perubahan atas kerangka pelaksanaan intervensi **disepakati kedua belah pihak**;

   c. Diupayakan agar proses pendampingan **mengakselerasi, memperbaiki, dan mensinkronisasi** proses-proses di Kabupaten DBK;

   d. Diperbanyak proses **pengikutsertaan para pihak** di daerah pada sebagian besar langkah intervensi agar terjadi efek maksimal, terutama petugas atau pihak-pihak pada lini depan : Bidan Desa, PKK, Kader Kesehatan, atau entitas kreatif lain daerah yang dinilai efektif terhadap pencapaian peningkatan IPKM;

   e. Diupayakan agar **Kesehatan menjadi 'Bisnis Bersama',** melalui : pendekatan kepada para pejabat Pemda, gerakan massal kesehatan dengan melepas 'sekat kesehatan';

   f. Pendekatan **tidak selalu per-Kab/Kota DBK**, dapat dilakukan secara lintas Kabupaten/Kota DBK, atau seluruh Kab/Kota, misalnya dengan menggerakkan seluruh Dinas/Badan dan Unsur Masyarakat di Propinsi maupun Kab/Kota **melalui Gubernur**;

   g. Dapat juga dijalin **Networking antar Propinsi atau Kab/Kota DBK**;

   h. **Hindarkan terjadinya penelantaran Kab/Kota Non-DBK** yang dikarenakan berkonsentrasi terhadap Kab/Kota DBK.

7. **PAKET INTERVENSI :**

   a. Spesifik Daerah, tergantung 'temuan bersama' antara pendamping dan Kabupaten DBK,

b. Kreatif daerah, jangan-jangan kita melakukan hal yang sama selama bertahun-tahun, tidakkah perlu kreativitas baru intervensi? Bukankah dari tahun ke tahun masalah kita adalah sama ? Jangan-jangan intervensi rutin kita tidak mengatasi masalah sesungguhnya?
c. Fleksibel, tidak ada yang baku untuk semua keadaan, dan setiap intervensi yang disepakati dapat dilakukan perbaikan,
d. Tidak selalu harus 'baru' dibanding Intervensi yang selama ini telah dilakukan oleh Daerah, mungkin perlu akselerasi saja,
e. Mengembangkan intervensi kreatif dan tetap mampu-laksana,
f. Dapat berupa modifikasi atas intervensi sejenis di daerah lain atau program/kegiatan Kementerian/Lembaga atau Dinas / Badan lain,

8. **HUBUNGAN ANTARA PROGRAM/KEGIATAN DAN UNIT ORGANISASI DI PUSAT :**

a. Diupayakan agar semua 'intervensi' dan 'proses' yang akan dilakukan oleh Program/kegiatan dan Unit Organisasi di Pusat dapat diintegrasikan melalui mekanisme dan jalur Penanggulangan DBK ini, sehingga memberikan dampak yang lebih besar, luas, dan bermakna bagi Kabupaten DBK, yang juga berarti tercapainya sasaran Program/ Kegiatan Pusat;
b. Dikembangkan pada tingkat pusat suatu forum **'kelas berbagi'**, dimana pada forum tersebut didiskusikan hasil-hasil pendampingan di daerah untuk dijadikan masukan bagi semua anggota Tim Pendamping Pusat maupun Unit Pemangku Program/Kegiatan Pusat; dan para Pemangku Program/Kegiatan tersebut menginformasikan kepada Tim Pendamping tentang Rencana Pelaksanaan Kegiatan Tahun berjalan maupun Rencana Aksi Program dan Rencana Aksi Kegiatan, serta progres atas pelaksanaannya pada tahun berjalan. Proses ini diharapkan saling menguatkan bagi peningkatan kinerja Kemenkes secara keseluruhan, termasuk kinerja Pelaksanaan Urusan Wajib Kesehatan Propinsi dan Kabupaten/Kota.

## 9. PENELITIAN OPERASIONAL

a. Setiap langkah pendampingan, dan dampaknya kepada dinamika sistem kesehatan daerah diharapkan dapat didokumentasikan, untuk kemudian diformulasikan secara baik dengan harapan dapat direplikasikan bagi Daerah lain dengan modifikasi seperlunya disesuaikan dengan spesifikasi Daerah itu;

b. Pengamatan, pencatatan, analisis, kesimpulan, dan rekomendasi atas pelaksanaan Pendampingan dan dampaknya itu dilakukan oleh Tim Peneliti melalui Penelitian Operasional;

c. Penelitian ini merupakan bagian penting dari proses Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan, dan prinsip ini diharapkan menjadi perhatian para pihak terkait, agar pengalaman di masa lalu dimana kita seringkali tidak memiliki *catatan* atas langkah-langkah strategis maupun operasional yang pernah kita laksanakan untuk mengatasi permasalahan-permasalahan kesehatan suatu Daerah, dapat kita tinggalkan; sebaliknya dengan Penelitian Operasional ini kita semua dapat meninggalkan *jejak* yang dapat dimanfaatkan bagi perbaikan langkah berikutnya;

## 10. RUJUKAN / ACUAN PENDAMPINGAN :

a. Pemahaman atas data : (1) IPKM Kabupaten DBK posisinya dalam IPKM Rerata Propinsi, dan Rerata Nasional, juga Kabupaten terdekat yang memiliki IPKM lebih baik yang dapat dipergunakan sebagai 'target stimulator' (perangsang untuk mengejar ketertinggalan), (2) Profil Kabupaten DBK, (3) Capaian dan Target Indikator SPM Kabupaten DBK posisinya terhadap SPM Rerata Propinsi dan Rerata Nasional, (4) Faktor Poleksosbud Lokal Kabupaten DBK termasuk Geografis;

b. Pemahaman atas Sumber Keuangan dan Mekanisme Keuangan (APBN dan APBD, serta Sumber Lain);

c. Pemahaman atas Kaitan antara Dokumen-dokumen Perencanaan : (1) Nasional (RPJP, RPJMN, RKP), (2) Kemenkes ( Renstra, Renja, Roadmap, Rencana Aksi Program/Setiap Eselon-I Satu Program,

Rencana Aksi Kegiatan/Setiap Eselon-II Minimal Satu Kegiatan sebagai Jabaran Program, Panduan Lain), (3) Propinsi (RPJP-D Prop, RPJM-D Prop, RKP-D Prop, Renstra SKPD-Kes, Renja-SKPDKes, Rencana Aksi Per Unit tertentu di Propinsi, dan Panduan Lain), (4) Kab-Kota (RPJP-D Kab-Kota, RPJM-D Kab-Kota, RKP-D Kab-Kota, Renstra SKPD-Kes, Renja-SKPDKes, Rencana Aksi Per Unit tertentu di Kab-Kota, dan Panduan Lain), (4) Dokumen Perencanaan dan Pelaksanaan Kementerian/Lembaga Lain, dan Dinas / Badan Lain yang terkait dengan Kesehatan (misalnya : PNPM Mandiri, Pengembangan Kecamatan, dll);

d. Pemahaman atas adanya mekanisme-mekanisme pengumpulan data : (1) Riskesdas, (2) Susenas, (3) Podes, (4) Ri-FAS, (5) Ri-BOK, (6) mekanisme lain yang terkait;

e. Memegang prinsip bahwa tidak ada lagi masalah yang dapat diselesaikan secara tunggal oleh seseorang, bahkan oleh satu Bagian / Bidang tunggal, atau bahkan oleh Kementerian/Lembaga dan Dinas/Badan tunggal; tidak bisa dengan Kegiatan tunggal, bahkan satu Program tunggal; semua harus bersinergi; TETAPI semua orang, pada semua lini, semua tingkat adminsitrasi DAPAT dan HARUS memberikan kontribusi MAKSIMAL yang dikoordinasi dan integrasi;

f. Kisah-Kisah Sukses dari Daerah Lain, misalnya :

   **1)** Terdapat daerah yang mampu menggerakkan seluruh Bupati/Walikota, DPRD, Bappeda, Dinas/Badan se propinsi dengan dipimpin oleh Gubernur menetapkan kebijakan bersama, menetapkan komitmen bersama meningkatan perhatian atas pelaksanaan Urusan Wajib Kesehatan, dengan : (a) menanda tangani MoU antara Menkes, Gubernur, Bupati-Walikota, DPRD; (b) menetapkan alokasi belanja daerah prop/kab/kota untuk Revitalisasi Posyandu; (c) mendorong agar semua pejabat kabupaten/kota turun ke desa secara terus menerus/periodic, memastikan bahwa semua rencana pelayanan kesehatan telah dilaksanakan di tingkat

keluarga, sekaligus menjadikan masalah kesehatan sebagai masalah bersama yang harus dikelola/diatasi bersama.

**2)** Terdapat daerah yang mampu mendorong masyarakat agar alokasi dana PNPM Mandiri dimanfaatkan untuk membiayai kegiatan-kegiatan kesehatan masyarakat.

**INDIKATOR KEBERHASILAN**

1. Keberhasilan Pendampingan ditandai dengan ketercapaian Indikator : input, proses, output;
2. Indikator ini secara rinci disepakati antara Pendamping dan DBK (minimal pada tingkat input : meningkatnya dukungan Pemda bagi Kesehatan/buat rincian; tingkat proses : membaiknya proses perencanaan, membaiknya integrasi pelaksanaan program/kegiatan, membaiknya pemanfaatan data monev, terlaksanakannya intervensi kreatif/terobosan baru; tingkat Output adalah peningkatan indicator: SPM, MDGs, Indikator Lain Daerah )
3. Indikator baku adalah meningkatnya IPKM, dan meningkatnya Rangking IPKM masing-masing DBK;